

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

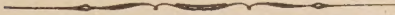
N° 42



DES

KYSTES DERMOÏDES

DE L'OVAIRE



THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

LE 10 JUIN 1891

PAR

Achille LEBROU

Né à l'Hospitalet (Aveyron)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE



MONTPELLIER

IMPRIMERIE CENTRALE DU MIDI

(Hamelin Frères)

—
1891

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. CASTAN (*)..... DOYEN
BERTIN-SANS ASSESSEUR

PROFESSEURS

Médecine légale et toxicologie.....	MM. JAUMES.
Clinique chirurgicale.....	DUBRUEIL (*).
Chimie médicale et pharmacie.....	ENGEL.
Id.VILLE (Ch. de c.)	
Hygiène.....	BERTIN-SANS.
Clinique médicale.....	CASTAN (*).
Clinique médicale.....	GRASSET.
Physiologie.....	LANNEGRACE.
Id.HÉDON (Ch. de c.)	
Clinique chirurgicale.....	TÉDENAT.
Clinique obstétricale et gynécologie.....	GRYNFELTT.
Anatomie pathologique et histologie.....	KIENER (*).
Thérapeutique et matière médicale.....	HAMELIN (*).
Anatomie.....	PAULET (O. * * *).
Pathologie interne.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET.
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicale.....	GRANEL.
Pathologie externe (Ch. de cours).....	ESTOR.
Opérations et appareils (Ch. de cours).....	FORGUE.

Doyen honoraire : M. BENOIT (O. * * *).

Profess. honor. : M. DUPRÉ (O. * C. *).

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique annexe des maladies des vieillards.	MM. REGIMBEAU, agrégé (*).
Histologie.....	BLAISE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des enfants.	BAUMEL, agrégé.
Clinique annexe ophthalmologique.....	TRUC, agrégé.
Accouchements.....	GERBAUD, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.....	BROUSSE, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM. DE GIRARD	MM. VILLE	MM. BROUSSE
SERRE	FORGUE	SARDA
REGIMBEAU (*)	TRUC	ESTOR
BLAISE	GERBAUD	HEDON
BAUMEL	GILIS	LECERCLE

MM. H. GOT, *secrétaire*.

F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire*.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. TÉDENAT, <i>président</i> .	MM. SERRE, agrégé.
GRYNFELTT, professeur.	TRUC, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MA FIANCÉE

A MON FRÈRE

A LEBROU.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A. LEBROU.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TÉDENAT

A. LEBROU.

A MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS

BLAISE ET GERBAUD

A LEBROU.

INTRODUCTION

C'est sur les conseils de notre cher et excellent maître M. le professeur Tédénat que nous avons choisi comme sujet de notre thèse inaugurale une étude sur les kystes dermoïdes de l'ovaire.

Comme cette question est loin d'être encore complètement résolue, nous avons cru utile de publier quelques observations inédites qu'a bien voulu nous communiquer M. le professeur Tédénat, persuadé que l'obscurité qui entoure la pathogénie de ces kystes ne se dissipera que grâce aux lumières que répandront sur leur étude l'observation et la comparaison du plus grand nombre de faits.

Que M. le professeur Tédénat daigne recevoir ici l'expression de notre profonde gratitude pour ses précieux conseils et la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée pendant nos études médicales.

MM. les professeurs agrégés Blaise et Gerbaud, qui n'ont pas cessé de nous apporter le plus vif intérêt, voudront bien agréer l'hommage de notre reconnaissance.

DÉFINITION

On appelle *kyste dermoïde* une tumeur congénitale formée par une cavité close de toutes parts et dont le caractère essentiel est d'avoir pour enveloppe une membrane dont la texture se rapproche beaucoup de celle de la peau.

Les régions où on les rencontre de préférence sont : la queue du sourcil, le cou, le testicule et l'ovaire.

Nous nous occuperons uniquement dans notre travail des kystes dermoïdes de l'ovaire.

DIVISION

Nous étudierons successivement :

- 1° Les théories pathogéniques des kystes dermoïdes de l'ovaire ;
 - 2° Leur anatomie pathologique ;
 - 3° Leur étiologie ;
 - 4° Leur symptomatologie et leur diagnostic ;
 - 5° Leur pronostic ;
 - 6° Leur traitement ;
 - 7° Enfin la dernière partie de notre travail sera consacrée à la relation de nos observations.
-

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
KYSTES DERMOÏDES
DE L'OVAIRE

CHAPITRE PREMIER

PATHOGÉNIE

**Historique et examen critique des diverses théories émises sur
la formation des kystes dermoïdes de l'ovaire.**

Les kystes dermoïdes de l'ovaire paraissent avoir été connus des auteurs anciens. Galien fait mention de tumeurs de l'abdomen contenant des corps semblables à des ongles, des poils, des os, des pierres et des fragments. Dans quelques cas, disait-il, il y avait de la boue, de l'huile, du limon, de la lie de vin.

Celse et Aétius connaissaient aussi ces tumeurs ; mais, de même que Galien, ils ne cherchèrent pas à expliquer leur mode de formation.

Les auteurs du moyen âge pensaient que ces lésions étaient le produit d'œuvres divines. Ces idées régnèrent jusqu'au

XVII^e siècle, et c'est ainsi que l'on voit Ambroise Paré lui-même en attribuer la formation aux démons, qui, selon lui, peuvent « en beaucoup de manières et façons tromper notre terrienne lourdesse, à raison de la subtilité de leur essence et malice de leur volonté. »

Coley, le premier, a cherché (1675) à expliquer d'une façon naturelle l'origine de ces kystes. Il croit que ces masses dermoïdes se développent à la suite de l'acte copulatif, mais qu'elles sont le produit d'une génération plus incomplète, ou seulement le résultat d'un effort avorté pour leur donner naissance.

Dans son *Histoire naturelle*, Buffon s'exprime ainsi : « La liqueur séminale de chaque individu (mâle ou femelle) ne peut pas produire toute seule un animal, un fœtus, mais elle peut produire des masses organisées ;... alors on pourra dire que toutes ces productions osseuses, charnues, chevelues trouvées dans les testicules des femelles et dans le scrotum des mâles peuvent tirer leur origine de la seule liqueur de l'individu dans lequel elles se trouvent. »

Otto croyait que le sperme peut quelquefois avoir assez d'énergie pour féconder, non seulement l'œuf qui est dans l'ovaire, mais encore communiquer au fœtus qui sera le produit de cette fécondation la faculté d'engendrer à son tour.

Baillie rencontra un kyste pileux chez une jeune fille de treize ans dont l'hymen avait conservé son intégrité et dont la matrice n'avait pas le volume que lui fait acquérir ordinairement la puberté. Plus tard, une jeune fille de dix-huit ans lui offrit un exemple identique. Ces deux faits le forcèrent à rejeter les opinions de « ceux qui regardaient ces phénomènes comme des œufs développés incomplètement à la suite d'une fécondation, et le portèrent à croire qu'ils peuvent se manifester sans le secours des deux sexes. »

Meckel (1815) se rapproche beaucoup de l'opinion émise

par Buffon, en ce sens qu'il ne regarde pas l'acte copulatif comme nécessaire. Se basant sur le fait observé par Nysten, c'est-à-dire la présence de ces productions assez fréquentes chez les vieilles filles, l'illustre anatomiste les considère « comme le résultat dû à un excitements contre nature des organes génitaux. »

« Rien ne prouve, dit-il, que la femme n'ait point la faculté de produire, sans le concours de l'homme, des ébauches, imparfaites au moins, d'organismes nouveaux...et, si l'on est assez prudent pour ne pas franchir les bornes, rien n'empêche d'admettre une *Lucina sine concubitu*. »

Comme l'a montré Geoffroy Saint-Hilaire, on voit que l'idée d'une formation anormale est la base de l'explication donnée par Coley et par Meckel, formation anormale résultant, soit d'une union sexuelle, soit d'une excitation isolée, contre nature, de l'appareil générateur.

Au commencement du XIX^e siècle, nous avons donc deux théories en présence : la grossesse extra-utérine et l'inclusion fœtale. Toutes les deux ont régné assez longtemps dans la science, grâce aux hommes éminents qui s'en sont fait les défenseurs convaincus.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — Alquié, Bricheteau regardent les kystes développés dans l'ovaire et qui renferment des cheveux ou des dents comme des produits d'une conception intra-ovarique.

« Que les kystes de l'ovaire, dit Cruveilhier, contenant des poils, des dents, des fragments d'os, des portions de peau, témoignent la présence d'un germe fécondé, en partie détruit et dont il n'existe que quelques vestiges, c'est, je pense, ce qui ne sera révoqué en doute par personne aujourd'hui, et je ne saurais admettre qu'il existe certains états pathologiques dans lesquels peuvent se développer des dents, des os, des

cheveux, en un mot, des produits morbides qui ressemblent tellement à des débris de fœtus que l'observation la plus attentive ne puisse éviter l'erreur. »

Sédillot, Cazeaux, Maisonneuve se prononcent aussi pour une grossesse ovarique.

Huguier, Grisolles, Vidal de Cassis les regardent comme des kystes embryonnaires provenant d'une grossesse ovarique. Pour eux, le fœtus a succombé à une époque plus ou moins rapprochée de la conception, et les parties les plus réfractaires ont seules résisté à l'absorption.

INCLUSION.— Tumiaty, dans ses *Opuscules choisis*, explique la présence d'une masse de cheveux trouvés dans l'utérus d'une femme, en disant qu'elle est produite par le même acte de fécondation qui a produit l'individu principal.

Geoffroy Saint-Hilaire regarde cette opinion comme la plus rationnelle et, sans nul doute, vraie pour un certain nombre de cas, mais il ne l'admet pas d'une manière générale.

Il en est de même pour Velpeau, qui, tout en accordant une grande part à l'inclusion, divise ces tumeurs en trois ordres :

Dans le premier, il range les faits qui paraissent dépendre du même acte qui a produit l'organisme qui les contient.

Il classe dans le deuxième ordre ceux qui, en plus des poils, des dents, etc., renferment des portions charnues, débris d'un organisme régulièrement formé dans le principe et qui sont dus à une fécondation complète ou incomplète.

Enfin sont classés dans le troisième ordre les cas dans lesquels les tumeurs ne renferment que de la graisse, des poils et des dents, ou un seul de ces produits. « Ils auraient été sécrétés par le sac qui aurait acquis une forme organisée et aurait revêtu les caractères de la peau. »

Pigné (1815) admet sans réserves la théorie de l'inclusion.

Hétéropie. — Devant l'impossibilité où l'on se trouve d'expliquer l'origine de tous ces kystes par la grossesse extra-utérine ou l'inclusion foetale, Lebert les attribua à l'hétéropie plastique (ετερος, autre; τοπος, lieu), loi de pathogénie générale qu'il formule ainsi à la fin de son travail : les tissus simples ou composés, et des organes plus complexes, peuvent se former de toutes pièces dans toutes les parties du corps, où, à l'état normal, on n'en rencontre point.

Cette théorie, comme l'a fait remarquer Courty, n'explique rien, « elle ne fait qu'exprimer par un mot l'affirmation du fait lui-même. »

Parthénogenèse. — Une explication plus plausible, en apparence du moins, est fournie par la théorie de la parthénogenèse. Émise par Magwey, acceptée par Rouget, Courty, Lawson Tait, elle a surtout été développée et vulgarisée en quelque sorte par Waldeyer. De l'ovule fécondé dérivent tous les tissus de l'organisme. Pourquoi dès lors ne pas admettre qu'en dehors de toute fécondation *par parthénogenèse* cette cellule primordiale, sous une influence encore inconnue, ne puisse se développer anormalement et donner naissance aux nombreuses variétés de tissus que peuvent contenir les kystes dermoïdes ?

Toute séduisante que paraisse cette théorie, on est bien forcé d'admettre qu'elle n'est qu'une simple hypothèse acceptable tout au plus pour l'ovaire, mais qu'on ne peut généraliser et étendre aux autres formations dermoïdes.

Enclavement. — On s'est ainsi trouvé forcé de chercher autre chose. On a eu recours alors à la doctrine de l'enclavement. Imaginée par Verneuil, soutenue et développée dans diverses publications par des élèves de ce chirurgien, cette théorie admet que, pendant le développement foetal et au moment de la fusion des divers segments du corps de l'embryon, des portions épiblastiques se sont trouvées pincées entre les lèvres de la soudure, et de la sorte incarcérées dans

le tissu cellulaire sous-cutané. Cette sorte de greffe accidentelle, se mettant à proliférer en vertu de son énergie propre, peut donner naissance aux productions qui dérivent du feuillet externe. Ainsi se trouve constitué un kyste dermoïde.

Cette théorie très scientifique vient de recevoir sa sanction expérimentale des travaux de Masse (de Bordeaux). Cet auteur, en effet, en greffant de l'épiderme dans la cavité péritonéale de certains animaux, a pu obtenir des productions épidermiques analogues à celles qu'on rencontre dans les kystes dermoïdes.

On peut donc affirmer que la théorie de l'enclavement explique de la manière la plus satisfaisante l'origine des kystes développés au niveau des fentes branchiales et sur la ligne de réunion des parties primitivement doubles.

Mais, tandis que ces sortes de kystes dermoïdes ne renferment que des productions épiblastiques, le contenu de ceux de l'ovaire est bien plus complexe.

A côté des cheveux et de la graisse, on voit des os, des tissus nerveux et musculaires qui dérivent normalement du mésoderme.

La théorie de l'enclavement épiblastique seul ne saurait donc fournir une explication satisfaisante. Il faut autre chose. C'est pour combler cette lacune que Lefranc (thèse de Nancy, 1886) a récemment admis *un double enclavement* à la fois épiblastique et mésoblastique.

Pour le rendre anatomiquement possible, il admet que le corps de Wolf, aux dépens duquel se développe l'ovaire, dérive du feuillet interne du blastoderme. Cette opinion, émise pour la première fois par His, semble définitivement acquise à la science depuis les travaux de Flemming.

Cet auteur a pu en effet, sur de très jeunes embryons de lapin, observer l'origine ectodermique du corps de Wolf, qui, apparaissant sous forme d'un renflement du feuillet externe,

se pédiculise graduellement, s'isole et effectue enfin sa migration vers le feuillet mésodermique. Arrivé là, il se trouve dans la situation qu'on lui assigne ordinairement, c'est-à-dire en dehors des prévertèbres, au niveau du point de jonction de celles-ci avec la somatopleure et faisant saillie dans la cavité pleuro-péritonéale. Tels sont l'origine et les rapports que Lefranc assigne au corps de Wolf. Ceci considéré comme réellement démontré, la conception du *double enclavement* devient la chose la plus naturelle du monde.

Il suffit en effet d'admettre successivement une incarceration de bourgeons appartenant aux feuillets externes et moyens, pour avoir l'explication la plus plausible des kystes dermoïdes de l'ovaire au point de vue pathogénique.

Nous trouvons cette théorie séduisante. Elle est la seule de toutes celles que nous avons examinées jusqu'ici qui permette d'interpréter rationnellement le développement de ces sortes de tumeurs. Nous ne nous refusons donc pas à l'accepter, mais à une condition toutefois, c'est que les faits anatomiques sur lesquels elle s'appuie reçoivent des travaux des embryologistes compétents une consécration définitive. Car on ne saurait méconnaître que cette manière de voir a eu peu de faveur dans la science. Kölliker, Waldeyer, Mathias Duval, Rouget et d'autres encore rejettent l'opinion de His et admettent l'origine mésodermique du corps de Wolf. Il y a donc là, malgré les travaux de Flemming, dont nous reconnaissons certes toute l'importance, un point qui nécessite encore de nouveaux travaux et demande, pour être définitivement acquis à la science, un supplément de preuves.

Si maintenant nous considérons l'ensemble de ces théories, et si nous les comparons entre elles, nous pouvons nous convaincre qu'à mesure que nous nous approchons de notre époque, les conceptions pathogéniques ont successivement dé-

laissé des hypothèses pour s'appuyer sur des faits anatomiques scientifiquement démontrés.

Toutefois, malgré ces louables efforts, on peut se demander si ces tentatives ont abouti. La théorie du *double enclavement* est évidemment celle qui rend le mieux compte des faits ; mais nous avons fait remarquer qu'elle s'appuie sur des bases anatomiques un peu fragiles peut-être.

Donc, à notre avis du moins, la question de la pathogénie des kystes dermoïdes reste encore pendante et demande de nouveaux travaux. Elle reste toujours, selon l'expression de Pozzi, un des points les plus obscurs de la pathologie générale.

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

En général, les kystes dermoïdes de l'ovaire sont remarquables par le degré élevé des productions qu'on y rencontre. Ce sont des épithéliums variables, stratifiés, à cils vibratiles, etc..., des glandes sébacées, des follicules pileux, des dents; toutes les variétés du tissu conjonctif, de l'os, du cartilage et même du tissu musculaire. Les tumeurs qui renferment ces produits sont des tumeurs purement dermoïdes.

Nous allons étudier successivement la paroi de ces kystes et leur contenu.

PAROI. — La paroi des kystes dermoïdes de l'ovaire présente une épaisseur variable. Elle est tantôt mince (1 ou 2 millim.), tantôt épaisse (5 à 8 millim.). Cette épaisseur varie même dans les différents points de l'étendue de la membrane.

La face externe contracte fréquemment des adhérences avec les organes abdominaux, surtout avec l'épiploon.

La face interne est quelquefois lisse et polie; souvent tomenteuse et irrégulière, elle présente des saillies et des élevures verruqueuses. Sa structure est identique à celle de la peau; l'épithélium qui la recouvre rappelle l'épiderme. Il est formé

comme lui de plusieurs couches, et l'on trouve, en allant de la surface libre ou interne vers la surface adhérente ou externe : 1° une couche de cellules cornées très épaisse ; 2° une couche de cellules simples remplies de granulations d'éléidine ; 3° une couche de cellules polygonales à dentelures très fines ; 4° une couche de cellules cylindriques reposant directement sur le derme.

Le derme présente sa structure habituelle. Au niveau de la surface avoisinant l'épiderme, il se prolonge parfois en papilles. Ces papilles sont très variables entre elles en longueur et en épaisseur. Leur disposition n'est jamais régulière ; leur réunion a pu simuler un mamelon (Pozzi).

Un pannicule adipeux assez épais et distinct sépare la couche dermique de la coque fibreuse du kyste.

Dans ces couches, qui reproduisent si complètement la structure de la peau, on constate souvent la présence d'un grand nombre des attributs spéciaux de cette membrane. Ce sont, avec des vaisseaux, des follicules pileux, des poils, des glandes sudoripares souvent fort volumineuses, des dents, des glandes sébacées, etc... Ces dernières déversent dans la cavité leurs produits de sécrétion, qui, mélangés aux débris des cellules épidermiques forment la substance butyreuse, mélicérique, athéromateuse signalée par tous les auteurs.

Dans quelques cas cependant la structure de la peau est modifiée. Quelquefois on trouve seulement une paroi fibreuse tapissée d'une couche épithéliale ; d'autres fois, l'épithélium peut être tombé dans l'intérieur du kyste et la paroi se trouve réduite à une simple couche fibreuse (Kirmisson). Elle peut être calcifiée par places, ou recouverte de fibres lamineuses enroulées, de tissus sarcomateux ou embryoplastique, parfois de fibres musculaires lisses.

CONTENU. — Le contenu de ces sortes de tumeurs est très complexe. On y trouve d'abord un liquide oléagineux de coloration et de consistance variables : parfois clair, non visqueux, généralement filant, ambré, rosé s'il renferme un peu de sang. Dans quelques cas très rares, les kystes dermoïdes de l'ovaire ont pu s'enflammer et renfermer du pus. L'analyse chimique y a révélé la présence de l'albumine, d'une substance grasse, de phosphates et de grumeaux de matières sébacées de couleur blanc grisâtre. Au microscope, on observe des cellules épithéliales altérées et une quantité plus ou moins considérable de substance graisseuse disséminée dans le liquide ou bien réunies en boules.

Au milieu de ce magma, on rencontre de préférence des poils, des cheveux, des dents et des os. Les poils, produits par les follicules pileux, sont implantés ou libres et présentent une structure identique à celle des poils normaux. Il en est de même des cheveux. Ceux-ci sont longs, souvent de couleur claire et différente de la teinte de la chevelure du malade. On les voit roulés en pelotons de diverses grosseurs et agglutinés par de la matière sébacée.

Les dents s'y rencontrent en nombre très variable : 2, 3, 5, 7, etc. Autenrieth a décrit un fait où 300 dents furent enlevées d'un kyste qui en contenait encore. Elles ne présentent que vaguement la forme de dents parfaites et ne répondent jamais aux types des incisives, canines et molaires. Il est très fréquent d'en trouver un certain nombre altérées morphologiquement, et revêtant les types les plus bizarres. C'est ainsi qu'on a vu des dents coudées, soudées entre elles, irrégulières, atrophiées, manquant de racine (Magitot). Elles sont ordinairement comme incrustées dans les parois de la poche, mais elles peuvent être libres à l'intérieur ou bien implantées dans des débris osseux creusés de sortes d'alvéoles où elles tiennent parfois assez solidement. Elles posséderaient tou-

jours, d'après Reindfleisch, les parties constituant de la dent (émail, ivoire, ciment), cependant le ciment fait parfois défaut. Quelques auteurs avancent qu'ils ont trouvé des dents cariées. Mais, comme le dit Lannelongue, il est permis de croire avec Magitot qu'il s'agissait là non de carie véritable, mais simplement de phénomènes d'usure et de résorption (Pozzi).

Outre ces divers produits, on trouve dans les kystes dermoïdes de l'ovaire presque tous les tissus de l'économie. Cornil et Ranvier y ont rencontré de la matière nerveuse, des fibres à doubles contours et des cellules. Rokitansky y a découvert des cellules nerveuses, Virchow des traces de substance médullaire grise. Des masses de tissus cartilagineux et des muscles striés sont notés dans plusieurs observations.

M. le professeur Tédénat a opéré avec succès une malade portant une grosse tumeur kystique de l'ovaire. Une portion de la tumeur, les trois quarts environ, était constituée par un épithéliome mucoïde; le reste était un kyste dermoïde, à poche distincte, dont la paroi était constituée par un véritable sac cutané épais, sur lequel s'insérait une grosse touffe de poils bruns. M. Tédénat a vu un kyste analogue, moitié mucoïde et moitié dermoïde, dans le service de M. Letiévand, chirurgien de l'hôtel-Dieu de Lyon.

CHAPITRE III

ÉTIOLOGIE

Tous les auteurs sont aujourd'hui d'accord pour reconnaître l'origine congénitale des kystes dermoïdes. Cependant l'âge auquel ces tumeurs se manifestent est très variable. Voici à ce sujet la statistique de Lebert, portant sur 59 cas.

de	1	à	5	ans	nombre de kystes observés	0
	5	à	10	—	—	1
	10	à	15	—	—	8
	15	à	20	—	—	3
	20	à	25	—	—	8
	25	à	30	—	—	7
	30	à	35	—	—	4
	35	à	40	—	—	8
	40	à	45	—	—	7
	45	à	50	—	—	6
	50	à	55	—	—	2
	55	à	60	—	—	3
	60	à	65	—	—	1
	65	à	70	—	—	0
au-dessus	de	70	—	—	—	1

Pauly, sur 103 cas observés, en a trouvé :

de	1	à	5	ans	—	—	4
	5	à	10	—	—	—	3
	10	à	15	—	—	—	10
	15	à	20	—	—	—	8
	20	à	25	—	—	—	12
	25	à	30	—	—	—	14
	30	à	35	—	—	—	10
	35	à	40	—	—	—	11
	40	à	45	—	—	—	8
	45	à	50	—	—	—	10
	50	à	55	—	—	—	5
	55	à	60	—	—	—	3
	60	à	65	—	—	—	1
	65	à	70	—	—	—	2
	70	et	au-dessus	—	—	—	2

Voici enfin la statistique publiée par Lannelongue dans son *Traité sur les kystes congénitaux* :

de	1	à	5	ans	nombre	de kystes observés	3
	5	à	10	—	—	—	2
	10	à	15	—	—	—	1
	15	à	20	—	—	—	4
	20	à	25	—	—	—	4
	25	à	30	—	—	—	3
	30	à	35	—	—	—	2
	35	à	40	—	—	—	1
	40	à	45	—	—	—	2
	45	à	50	—	—	—	2

Il ressort de ces statistiques que les kystes dermoïdes de l'ovaire se montrent de préférence à l'âge d'activité des fonc-

tions sexuelles, c'est-à-dire entre quinze et cinquante ans. Il faut en conclure que les éléments anatomiques à l'inclusion desquels est due leur production peuvent rester silencieux pendant un certain temps ; puis tout à coup, sous l'influence d'une cause inconnue, prendre un développement rapide et constituer de véritables tumeurs.

Schwartz admet cependant que chez les enfants les tumeurs de l'ovaire sont souvent des kystes dermoïdes.

Ces kystes peuvent se rencontrer dans un seul ovaire ou dans les deux à la fois, mais ils occupent de préférence le côté droit. Lebert, sur 64 kystes dont il a pu préciser le siège, a noté la tumeur 22 fois à droite, 19 fois à gauche, 6 fois sur les deux ovaires. Sur 27 cas, Meckel en a constaté 17 dans l'ovaire droit, 7 dans le gauche et 3 dans les deux.

Les kystes dermoïdes de l'ovaire sont assez rares relativement aux autres kystes. Sur 50 kystes opérés par H. Omary et Kida (du Japon), 16 étaient dermoïdes. A la clinique de Koenisberg, sur 100, 6 seulement étaient dermoïdes. Spencer-Wells, dans ses 1,000 ovariectomies, n'en a observé que 20.

Terrillon n'en a rencontré que 8 dans ses 200 ovariectomies.

CHAPITRE IV

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

Les kystes dermoïdes de l'ovaire ne présentent pas des symptômes spéciaux, et leur diagnostic est très difficile. Courty dit qu'il ne connaît pas de signes même de présomption des kystes pileux ou dermoïdes, à moins que la ponction n'amène l'issue de quelques cheveux ou d'un peu de graisse.

Thibaudet (*Journal des sciences médicales de Lille*, 1890) insiste sur la difficulté du diagnostic, qui ne peut se faire que si, par une ouverture spontanée ou chirurgicale, des productions épidermiques viennent à être évacuées.

Cependant, le jeune âge de la malade, la lenteur avec laquelle s'est développée la tumeur, l'absence de fluctuation bien nette, la sensation molle et comme suifeuse qu'on éprouve au toucher, pourront peut-être suggérer à un praticien exercé l'idée qu'il s'agira d'un kyste pileux, mais ne lui permettront d'exprimer qu'une opinion probable. « Lorsque la masse est dure, dit Spencer Wells, de forme irrégulière, et qu'on y découvre en certains points des nodules de consistance cartilagineuse ou osseuse, on peut soupçonner l'existence d'un kyste dermoïde, surtout si la malade est jeune et blonde », et il cite trois cas où il fut possible de porter un diagnostic qui se trouva vérifié à l'opération ; mais ce sont là des faits extrê-

mement rares, et plus souvent, l'épaisseur des parois du ventre, la situation plus ou moins profonde de la tumeur, nous privent de ce moyen de la reconnaître.

Ce n'est que par la ponction que l'on peut donner au diagnostic toute la précision désirable, car elle nous permet de nous assurer de la nature du contenu du kyste. S'il contient de la graisse, des poils, des cellules épithéliales, il n'y a pas de doute, on a à faire à un kyste dermoïde.

Mais il arrive le plus souvent que la ponction ne donne aucun résultat, le calibre du trocart étant trop faible pour donner passage aux diverses productions que renferment ces sortes de kystes ; d'un autre côté, elle peut donner lieu à des accidents très graves que nous étudierons plus loin ; et comme, dans la généralité des cas, il suffit d'avoir reconnu le kyste et d'en avoir fixé le siège, nous ne saurions conseiller la ponction exploratrice que dans des cas particuliers, lorsque le diagnostic devra être posé d'une façon décisive.

Un autre procédé a été mis en avant par certains opérateurs : nous voulons parler des incisions exploratrices. Il leur permettait de s'assurer de la nature du kyste, de l'existence des adhérences et de leur étendue. Kœberlé et Péan se sont élevés avec beaucoup de force contre un pareil moyen d'arriver à la certitude ; et aujourd'hui, ce procédé, aussi dangereux que l'ovariotomie, est complètement abandonné.

CHAPITRE V

PRONOSTIC

Le pronostic des kystes dermoïdes de l'ovaire n'est pas aussi fâcheux que celui des autres kystes de l'ovaire qui se prolongent rarement au delà de deux années.

Les kystes dermoïdes ont une marche habituellement très lente, ils apparaissent en général, comme nous l'avons vu ; entre quinze et cinquante ans. Lebert et Pauly ont cité des malades âgées de soixante-dix ans et Terrier en a opéré une âgée de soixante-quinze. Certaines de ces tumeurs ont pu même passer inaperçues toute la vie et n'ont été trouvées qu'à l'autopsie.

Spencer-Wells prétend que leur accroissement s'arrête au bout d'un certain temps et que ce n'est que par suite de l'ascite que le ventre continue à grossir.

Au contraire des autres tumeurs de l'ovaire, les kystes dermoïdes n'ont pas toujours une terminaison fatale. On cite quelques cas où on a vu la paroi du kyste s'enflammer, s'ouvrir spontanément et amener la guérison. Cette rupture peut survenir accidentellement à la suite d'un traumatisme, mais plus souvent elle est le résultat de l'inflammation de la poche et ses conséquences sont très graves. « Les produits divers, dit Kirmisson, qui sont dans leur intérieur, jouent le rôle de

véritables corps étrangers et produisent une inflammation qui aboutit à leur expulsion. On voit ces kystes s'ouvrir un chemin du côté de l'intestin, du rectum, du côté du vagin et de la vessie. »

Lebert cite cinq cas où le contenu s'est fait jour par les parois du ventre. Nysten a constaté dans un cas que le kyste s'était vidé dans l'utérus au moyen de la trompe de Fallope. Cette rupture du kyste dans les organes voisins est le plus souvent suivie de mort; et, si celle-ci ne survient pas, la malade conserve une fistule pendant toute sa vie

Comme les autres tumeurs de l'ovaire, les kystes dermoïdes exercent sur l'économie une influence fâcheuse; ils apportent de la gêne mécanique au mouvement des organes, provoquent l'irritation et des troubles sympathiques dans quelques autres, enfin produisent un changement de direction dans les mouvements nutritifs au détriment de l'assimilation générale et au profit de leur accroissement. De plus, bien qu'il ne s'agisse ici que de productions normales développées accidentellement, on a trouvé dans les kystes dermoïdes de l'ovaire, du cancer, de l'épithélioma, du sarcome. Cornil et Ranvier citent deux observations qui tendraient à prouver que les kystes dermoïdes de l'ovaire peuvent être le point de départ d'épithélioma susceptible lui-même de s'étendre à l'utérus, à l'épiploon, au duodenum, etc. Si nous ajoutons à cela les nombreuses complications qu'il y a lieu de redouter, telles que péritonite, inflammation et suppuration du kyste, inflammation de l'utérus et de ses annexes, nous voyons que le pronostic doit être réservé. Il le sera bien davantage, si la femme est enceinte. En effet, sur 43 cas de Lebert, la mort est survenue deux fois pendant la grossesse et cinq fois pendant le travail et ses suites.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Actuellement les méthodes de traitement des kystes dermoïdes de l'ovaire se réduisent à deux : la ponction et l'extirpation. Nous renvoyons, pour les détails de ces opérations aux traités classiques et nous nous bornerons à donner un aperçu des principales indications et à traiter quelques points spéciaux.

PONCTION. — La ponction ne peut guère aujourd'hui être considérée comme un mode de traitement, même palliatif. Bien qu'elle ait amené quelques cas de guérison définitive, ces faits sont si rares et les dangers qu'elle fait courir à la malade si graves, que nous devons la rejeter totalement. Il est vrai cependant que, depuis les progrès de l'antisepsie, la transformation purulente du contenu est devenue plus rare, mais les dangers d'une ponction ne se bornent pas là. Il se produit en effet souvent par le trou de ponction, un écoulement du contenu du kyste dans la cavité péritonéale, et si ce dernier est purulent, les suites sont sérieuses. Dans d'autres cas, l'issue a été mortelle par suite d'une syncope, d'une hémorrhagie causée par une lésion d'un grand vaisseau de la paroi abdominale ou de la paroi du kyste. Dans des cas

particuliers, les intestins, la vessie ont été lésés. Enfin, certaines fois la mort a pu survenir par inflammation de la poche, la reproduction rapide du liquide et l'existence de complications telles que le cancer de l'ovaire.

Aussi aujourd'hui ne trouve-t-on guère de chirurgiens qui conseillent la ponction ; cependant quelques-uns la recommandent dans les cas de grossesse. Mais si l'on songe que l'évacuation du contenu du kyste n'a toujours pu éloigner le danger d'un accouchement prématuré, et que, dans cet état, il est difficile de déterminer exactement le volume du kyste, de sorte qu'il est arrivé de ponctionner par erreur l'utérus, nous devons la repousser même dans ce cas ; et cela d'autant plus que l'expérience a démontré qu'une ovariectomie, pratiquée sur une femme enceinte, n'est pas plus dangereuse que sur une autre. Nous avons consigné dans notre travail deux observations de kystes dermoïdes de l'ovaire avec grossesse concomitante dans lesquelles l'accouchement après l'opération se fit normalement.

EXTIRPATION. — L'extirpation est la seule méthode de traitement des kystes dermoïdes de l'ovaire. Terrier et Terrillon déclarent que, pour ces sortes de tumeurs, elle s'impose comme une absolue nécessité. Toutefois, tant que ces kystes sont petits, les troubles qu'ils occasionnent peu marqués, toute intervention, si bénigne qu'elle puisse être, doit être exclue, car les cas où ces tumeurs sont restées stationnaires toute la vie ne sont pas rares. L'extirpation ne doit être pratiquée que lorsque sa nécessité est devenue évidente. Il faut même qu'elle soit complète, car, pour peu qu'on laisse persister un fragment de la paroi kystique, la récurrence est inévitable. Dans les cas où elle ne peut se faire, on doit avoir recours à l'excision partielle, suivie au besoin de la cautérisation de la paroi restante. Nous devons préconiser d'autant plus cette

opération que, grâce aux progrès apportés au manuel opératoire et consistant surtout dans une antisepsie très rigoureuse, telle que : stérilisation absolue de tous les instruments par leur séjour prolongé dans l'eau bouillante à 100°, lavage de la cavité péritonéale, ébullition des soies servant pour les ligatures, etc., l'extirpation de ces tumeurs est devenue bien moins grave ; les décès, par suite de cette opération, ne dépassent jamais 4 pour 100. C'est le mode de traitement que nous trouvons employé avec succès dans nos observations, et en particulier dans celles que M. le professeur Tédénat a bien voulu nous communiquer.

CHAPITRE VII

OBSERVATIONS

OBSERVATION PREMIÈRE

Kyste dermoïde de l'ovaire droit, contenant une grande quantité de cheveux, une dent et un bloc osseux informe. — Ovariectomie.

(Observation recueillie par M. Bertrand)

Louise M..., âgée de vingt-neuf ans, née à Marseille, a toujours joui d'une bonne santé. Régulée régulièrement depuis quinze ans jusqu'à vingt-six ans. Depuis trois ans, menstrues irrégulières, parfois très abondantes, ventre grossissant progressivement; la malade maigrit, mange peu, digère mal, bien que ne souffrant pas.

Le 20 juin 1881, M. Tédénat constate l'existence d'une tumeur tendue, globuleuse, remontant à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic. La tumeur est mate, fluctue, l'intestin occupe les côtés de la tumeur. Pas d'ascite appréciable. Par le toucher vaginal, on sent l'utérus mobile en rétroversion. On ne touche pas la tumeur.

24. — Opération. Incision de dix centimètres. La tumeur n'est aucunement adhérente. La ponction donne 5 litres d'un liquide gris-jaunâtre, gras et de nombreux poils tortillés, roulés sur eux-mêmes en petits pelotons. Pédicule long de 5 ou

6 centimètres, large de 7 ou 8 centimètres. Ligature en chaîne à deux anses. Section au thermocautère. Pas de lavage péritonéal, l'opération s'étant accomplie sans issue de l'intestin et sans hémorrhagie intra-abdominale. Dix points de suture, quelques douleurs, deux vomissements dans les premières heures de l'opération, faite à neuf heures du matin. A six heures du soir, la malade se trouve bien. Température, 37°8; pouls, 110. 500 grammes d'urine retirés par le cathétérisme. Eau de Saint-Galmier glacée.

25. — Nuit bonne. Température, 37°3; pouls, 100. Le soir, 37°8; pouls, 96.

La malade a pris un quart de litre de lait froid et de l'eau gazeuse glacée. Elle ne souffre presque pas. Un litre d'urine a été retiré par le cathétérisme dans la journée.

26. — Même état, sauf quelques coliques intestinales avec gargouillements. Température : soir, 37°8; pouls, 110.

27. — La malade est bien. Lavement glycériné. La malade urine seule. Elle prend une petite tasse de lait froid toutes les trois heures. Température : soir, 37°8; pouls, 100.

4 juillet. — Pansement. Réunion parfaite, sauf une gouttelette de pus au niveau du point de suture inférieur. Pansement phéniqué.

7. — Menstruation. Température : matin, 37°9; soir, 37°4.

10. — Règles terminées. État général et local excellents.

16. — La malade se lève munie d'une ceinture. Guérison.

L'examen de la pièce a montré : Grande poche à paroi épaisse de 6 à 10 millimètres, selon les points. Sa face interne a presque partout l'aspect d'une peau par places rugueuse, par places mince, fine. Sur une surface carrée de 5 ou 6 centimètres de côté, s'insèrent de nombreux poils de couleur foncée, serrés, longs, tortillés, englués d'une substance grasse.

En un point de la poche, on observe une saillie du volume d'une mandarine, de consistance ferme. Vers le milieu de

cette saillie existe une dent, bien implantée, ayant l'aspect d'une incisive saine. En prenant cette masse entre les doigts, on fait sourdre par une masse de points, de menus cylindres de matière sébacée ou des gouttelettes grasses. On sent profondément dans l'épaisseur de cette saillie une partie dure. En incisant, on trouve un morceau d'os qui a la forme et les dimensions d'une petite amande portant sur ses bords plusieurs fines échancrures. Ça et là sur la coupe, on voit des ilots qui ont l'aspect du cartilage; mais, sans examen microscopique, M. Tédénat ne se prononce pas sur leur nature.

OBSERVATION II

(Communiquée par M. le professeur Tédénat)

Kyste dermoïde de l'ovaire contenant de nombreux poils. — Ablation.
Guérison.

Jeanne P..., âgée de quarante-quatre ans, est adressée à M. le professeur Tédénat par M. le docteur Tarrou (d'Anduze), le 5 janvier 1886.

Rien à noter dans les antécédents de famille. Jeanne P... a été réglée régulièrement à treize ans; mariée à vingt-deux ans, elle a eu deux enfants. Il y a trois ans, le ventre a commencé à augmenter de volume, lentement. Depuis six mois, douleurs hypogastriques irradiant vers la cuisse gauche, s'accompagnant de temps en temps de symptômes péritoniques : fièvre, douleurs lancinantes, vomissements.

6 janvier. — Le volume du ventre répond à peu près à une grossesse au septième mois. Tumeur globuleuse, tendue, fluctuant nettement, plus développée du côté gauche de la ligne médiane que du côté droit. Par l'examen combiné, on sent l'utérus dévié à droite et en arrière, peu mobile. On perçoit vaguement la tumeur dans le cul-de-sac latéral gauche. En

déprimant brusquement la paroi abdominale, on éprouve la sensation d'un petit flot de liquide ascitique dans la région du flanc gauche.

9 janvier. — Toilette antiseptique soignée. Anesthésie. Opération : incision de 9 à 10 centimètres sur la ligne médiane. Deux pinces remplacées par des ligatures avant d'inciser le péritoine. Celui-ci incisé, la tumeur apparaît. Quelques adhérences à la paroi abdominale sur la partie gauche de la tumeur. Ponction donnant quatre litres de liquide ayant l'aspect d'une purée de pois verts à laquelle sont mélangées de nombreuses gouttes huileuses.

La poche est attirée au dehors ; au fur et à mesure des adhérences sont rompues. Cinq ligatures doubles de soie phéniquée n°2 sont posées sur des adhérences épaisses. Pédicule long de six centimètres et assez épais pour nécessiter une ligature en chaîne à trois anses. Section du pédicule avec le thermocautère. Hémorrhagie peu abondante ; lavage abondant de la cavité péritonéale avec de l'eau salée chaude. Suture. Pansement antiseptique. L'opération a duré quarante minutes, depuis le début de l'anesthésie jusqu'à la fin du pansement.

9 janvier au soir. — La malade a peu souffert, n'a pas vomi. Pouls à 100 ; température, 37°1.

10 janvier. — Nuit bonne, sans douleurs, sans vomissements. Pouls, 96 ; température, 37°6. Journée bonne. Température 38° ; pouls 100. Par le cathétérisme, on a retiré 1,200 grammes d'urine. La malade a pris demi-litre de lait.

11 janvier. — La malade est bien. Température du soir, 37°9 ; pouls, 100.

16 janvier. — La température, qui n'avait atteint qu'une seule fois 38° depuis l'opération, s'est élevée à 38°9 hier soir, à 38°6 le matin. Pouls, 100. La malade éprouve quelques douleurs. Facies normal. Température du soir, 39°.

17. — Écoulement menstruel survenu sept ou huit jours avant l'époque normale. Douleurs disparues. Température : matin, 37°6 ; soir, 38.

18. — L'écoulement menstruel continue. Matin : température, 37°3 ; pouls, 88. Soir : température, 37°8 ; pouls, 100.

21. — Cessation des règles hier soir. État général bon. Pansement. Sutures enlevées. Réunion parfaite.

La malade retourne chez elle le 29 janvier. M. Tédénat l'a revue au mois d'août 1886 ; elle éprouvait de temps en temps quelques douleurs légères.

L'examen de la poche a donné les résultats suivants : poche unique à paroi épaisse de 7 à 10 millimètres selon les points. Sa face interne présente de nombreux poils implantés par touffes épaisses. Ils ont une longueur variable ; quelques-uns atteignent une longueur de 20 à 30 centimètres, d'autres sont courts. Dans l'intervalle des plaques d'implantation, on trouve des plaques qui, après lavage, ont l'aspect d'une peau épaisse comparable à la peau de la fesse. En quelques points, on voit des saillies du volume d'une noix, molles, d'où la pression fait sortir des amas de matière sébacée par une foule de pertuis visibles à l'œil nu.

OBSERVATION III

(Société de chirurgie, 10 décembre 1890. Rapport de M. Routier)

M. Ricard, suppléant le professeur Verneuil, recevait dans son service, le 5 août 1890, une jeune fille âgée de vingt-quatre ans, qui, n'ayant jamais été malade, avait été prise brusquement et sans cause appréciable, le 1^{er} avril, de douleurs vives dans la région droite de l'abdomen. Ces douleurs avaient été bientôt suivies de vomissements, et ceux-ci étaient fécaloïdes dès le 3 au soir. Le ventre était ballonné, les selles et les gaz

étaient supprimés depuis le début de l'accident. C'est en présence de ces accidents et, il faut bien le dire, sans diagnostic ferme, que M. Ricard entreprit la laparotomie. La main introduite dans le ventre put sentir une masse dure, irrégulière, adhérente à la paroi abdominale et aux anses intestinales. Celles-ci furent en partie sorties de la cavité. On put voir alors une masse nacrée, comme cartilagineuse, enveloppée par les anses intestinales vides, et reliée à l'utérus par un pédicule charnu de 3 centimètres de diamètre. Toutes ces adhérences furent libérées et la tumeur enlevée. Cette tumeur était formée par un kyste dermoïde à contenu d'apparence sébacée, sans poils ni autres productions. Le pédicule était formé de tissu fibro-musculaire enveloppant l'ovaire, méconnaissable extérieurement, mais non altéré, et présentant dans son épaisseur un volumineux corps jaune. La malade guérit parfaitement.

OBSERVATION IV

(Docteur Otto Engstrom, *Annales de gynécologie*, 1890, page 357)

Tumeur dermoïde de l'ovaire droit, neuvième mois de grossesse

V. K., trente-trois ans. Menstruation commencée à l'âge de seize-ans ; depuis cette époque les règles sont revenues régulièrement chaque mois, avec une durée de sept jours. Il y a un peu plus d'un an, elle commença à souffrir d'une endométrite fongueuse pour laquelle je la soignai (à la curette). Les règles, qui avaient été irrégulières pendant la maladie, revinrent régulièrement après le traitement ; les dernières ont duré du 8 au 13 octobre 1887. Forts vomissements pendant les deux dernières semaines. J'avais fait le diagnostic d'une tumeur de l'ovaire lorsque je la traitai, il y a plus d'un an ; le kyste était alors de la grosseur du poing. Elle ne voulait pas alors qu'on fit l'opération, mais à présent qu'elle se croit enceinte, elle

désire être opérée. État actuel 6 décembre 1887. — Utérus mou, à courbure normale en avant, grossi comme au troisième mois de la grossesse, mobile, non douloureux. Attenant au côté droit du corps du l'utérus, une tumeur ronde de la grosseur d'une tête d'enfant, mobile et de consistance assez ferme ; ligne blanche brun foncé ainsi que les aréoles. Sécrétion lactée dans les seins. La grossesse ne paraît pas douteuse. La tumeur avait en outre gagné en grosseur.

7 décembre 1887. — Ovariectomie. La tumeur de l'ovaire droit est jaunâtre et se trouve être de nature dermoïde. Son pédicule, à la formation duquel la trompe ne participe pas, est large d'une main ; il est ligaturé avec deux ligatures partielles et une circulaire de soie. La plaie est recousue comme à l'ordinaire. Pansement antiseptique.

Kyste uniloculaire, contenant des masses pileuses et de la graisse.

L'opérée souffrit pendant les deux premiers jours de vomissements continuels. On lui administra le premier jour une seule fois, et le deuxième deux fois, XX gouttes de teinture d'opium par l'anus.

La marche de la guérison a été régulière.

La plaie fut guérie par première intention.

L'opérée se lève le 21 décembre et retourne chez elle le lendemain.

Le 15 juillet 1888, elle accoucha d'une fille vivante pesant 9 livres. L'accouchement n'avait, au propre dire de la femme, duré que deux heures. Les couches furent normales.

OBSERVATION V

(Docteur Otto Engstrom, *Annales de gynécologie*, p. 363, 1890)

V. J..., trente et un ans. Menstruation commencée à quinze ans, régulière depuis avec une durée de deux à quatre jours,

accompagnée de quelque douleur. La patiente s'est mariée à dix-neuf ans, a accouché de trois enfants vivants nés à terme, du dernier il y a neuf ans. Accouchements normaux. Il y a dix ans, cette femme remarqua qu'elle avait une excroissance dans le ventre ; elle était alors de la grosseur d'une pomme de terre, mais elle atteignit peu à peu le volume qu'elle a actuellement. Elle a toujours été mobile et a été parfois le siège de vives douleurs, dont la fréquence a augmenté dans ces derniers temps. Fonctions intestinales s'accomplissant assez difficilement. Évacuation des urines régulière. Dernière menstruation vers la fin d'août de cette année.

État actuel (10 décembre 1888). — Utérus doux, courbé normalement en avant, non douloureux, mobile, grossi, le fond se trouvant presque à égale distance de la symphise et du nombril. Partie vaginale de l'utérus en angle droit avec l'axe du vagin, molle, légèrement élargie, colorée en rouge bleuâtre. Même coloration pour le vagin. Dans le bas ventre, une tumeur de la grosseur d'une tête d'enfant, mobile, très peu fluctuante, ronde, non douloureuse, reliée à la corne droite de l'utérus par un court pédicule. Grossesse non douteuse.

Le 12 décembre 1888, l'ovariotomie fut exécutée à la maison d'accouchements. Incision sur la ligne blanche. La tumeur est amenée au-dessous de la plaie ; elle est bleuâtre (non jaune), au toucher son enveloppe n'est pas huileuse, fluctuation. Ponction à l'aide d'un gros trocart ; il sort un liquide jaunâtre, épars, d'aspect sanieux, mais pendant un brusque vomissement de la patiente, il s'échappe un peu de liquide, le long du trocart ; dans la cavité abdominale. L'incision est agrandie promptement et la tumeur extraite. Elle provient de l'ovaire droit. Constriction du pédicule d'après le procédé de Lawson Tait, et en outre, par une ligature circulaire de soie faite sur deux points au-dessous de l'enveloppe périto-

néale, cautérisation de la plaie (Paquelin). Toute tension du court pédicule a été évitée autant que possible. Toilette péritonéale minutieuse avec une solution tiède de sublimé aux deux millièmes. L'ovaire gauche est sain. La plaie est recousue comme à l'ordinaire par des sutures de soie profondes et par d'autres superficielles. Toute l'opération a été faite en trente-cinq minutes. Bandage de gaze iodoformée avec compression modérée.

La tumeur est un kyste dermoïde uniloculaire ; sur les côtés de l'enveloppe, de longs poils épais forment une pelote de touffes ; contenu épais, jaune, d'aspect sanieux, se figeant très vite.

Marche de la guérison régulière. Le premier jour, il fut administré XX gouttes d'opium par l'anus. Le deuxième jour, cette dose fut administrée par la même voie quatre fois, et le troisième jours, trois fois. Aucune contraction utérine sensible. Température maximum, 37°5 centigr. Maximum du pouls, 100. Guérison de la plaie par première intention. Le 25 décembre, l'opérée se lève et deux jours après elle sort de l'hôpital.

L'opérée a laissé la relation de son accouchement. Le 25 juin 1889, elle accoucha d'une fille vivante du poids de 10 livres (4,250 grammes). Accouchement et les couches sans perturbations.

(Cas référé sommairement à la séance de la Société médicale du 30 mars 1889.)

OBSERVATION V

Mauny, interne des hôpitaux

(*Bulletin de la Société anatomique*, mai 1889)

Chantreille (Camille), dix-neuf ans, institutrice, entre le 30 avril 1889 à l'hôpital Lariboisière, salle Gosselin, n° 18, service de M. Périer.

Rien à noter dans les antécédents héréditaires. Aucune maladie antérieure. Réglée à douze ans, toujours bien régulièrement jusqu'au mois d'octobre 1888. Flueurs blanches de temps en temps, mais peu abondantes. Depuis le mois d'octobre 1888 jusqu'en mars 1889, troubles de la menstruation, les règles ont manqué à deux ou trois reprises.

C'est au mois de mars dernier que la malade s'aperçoit pour la première que son ventre a augmenté de volume. A la même époque, elle ressent, et cela pendant quinze jours, de vives douleurs dans le flanc droit, avec sensation de pesanteur dans le bassin. Vomissements bilieux pendant deux jours, avec léger mouvement fébrile. Depuis, tout est rentré dans l'ordre, et le ventre ne s'est pas développé.

Dans le courant du mois d'avril, quelques légères douleurs abdominales de temps en temps, mais sans vomissements, ni fièvre. Les règles qui ne s'étaient pas montrées depuis deux mois, ont reparu dans les premiers jours de mai, accompagnées de douleurs assez fortes. On n'a jamais pratiqué de ponction exploratrice.

État actuel. — Le ventre est légèrement globuleux, symétrique, ne présentant pas la moindre bosselure, aucune inégalité.

Pas de circulation veineuse collatérale, la paroi abdominale est mobile et glisse facilement sur la tumeur. Flaccidité nette; mais, en raison de la résistance spéciale éprouvée par la main, il est permis de dire que les parois de la poche sont épaissies. A la percussion, matité remontant à un travers de main, au-dessus du pubis. Le toucher indique une mobilité et l'indépendance absolue de l'utérus. On porte le diagnostic, kyste de l'ovaire.

Chirurgie. — Le 15 mai, après avoir pris toutes les précautions antiseptiques d'usage, et la malade une fois enfièvre-

mie, on pratique l'incision de la paroi abdominale. Le kyste apparaît alors entre les lèvres de cette paroi. C'est une poche à parois lisses, mais assez résistantes sous le doigt. La main explore légèrement la surface de la tumeur et ne rencontre aucune adhérence marquée. En raison du volume de la tumeur (gros seur d'une tête d'adulte) et de la sensation qu'elle donne au doigt, M. Périer songe à un kyste dermoïde. La ponction donne un liquide chocolat assez épais. Le pédicule qui est à gauche est petit et manifestement tordu. On le sectionne entre deux ligatures au catgut. On explore le côté droit et on trouve un ovaire kystique du volume d'une mandarine. On enlève cet ovaire ; toilette du péritoine. Sutures profondes de la paroi au fil d'argent. Sutures superficielles au crin de Florence. Pas de drainage ; pansement au salol. Aujourd'hui, sept jours après l'opération, la malade va aussi bien que possible.

Examen macroscopique. — Le kyste siégeant à gauche se compose de deux portions distinctes. Une première partie qui renferme à elle seule le liquide chocolat, et la seconde, du volume d'une noix, qui, à la coupe, donne l'aspect d'une tumeur hématique, c'est l'ovaire gauche. Les parois sont épaisses et recouvertes de saillies mamelonnées.

La tumeur du côté droit n'avait pas été reconnue par l'examen. C'est un kyste dermoïde type, du volume d'une mandarine ; irrégulier à la surface extérieure. Parois jaunâtres et épaisses. Il contient des matières grasses, blanchâtres, renfermant des poils enchevêtrés. Dans un point de la poche, on trouve une dent enchatonnée dans la paroi. La couronne de cette dent présente quatre cannelures, comme cela s'observe chez certains ruminants. Par une coupe horizontale, elle donnerait l'aspect d'une croix.

La dent est reliée à la poche kystique par une sorte de

gaine qui l'enveloppe aux trois quarts et qui peut être comparée en tous points à une véritable gencive.

OBSERVATION VII

(Communiquée par M. le professeur Tédénat)

Adèle L...., quarante-huit ans, ménagère, entrée le 7 avril 1891 pour une tumeur de l'abdomen.

Réglée à onze ans, mariée à vingt-sept ans, sans avoir eu une seule maladie jusque-là. Eut quatre enfants, couches faciles, sans incident. Depuis le dernier accouchement, il y a six ans, les règles sont devenues irrégulières, manquant parfois pendant un ou deux mois, et très abondantes quand elles venaient. Depuis deux ans, cette régularité s'est accentuée; la douleur cessait avec l'apparition des règles.

La maladie actuelle a commencé au mois d'août 1890 par de violentes douleurs dans l'abdomen, dans le flanc droit surtout, mais s'irradiant partout; ces douleurs s'exaspéraient pendant le jour pour se calmer un peu la nuit. Ces phénomènes durèrent quinze jours, puis ils se calmèrent pour reparaitre dès que la malade se fatiguait.

Au mois d'octobre 1890, les mêmes phénomènes douloureux sont apparus sans cause appréciable; ils durèrent cinq jours et cessèrent à l'apparition de menstrues abondantes.

Jusque-là, le ventre n'avait pas augmenté de volume.

Depuis le mois d'octobre, la malade souffrait tous les jours de son ventre, mais son état général se maintint et son appétit se conserva. Pourtant elle remarqua que son abdomen augmentait légèrement de volume.

En février 1891, le ventre a augmenté énormément de volume dans l'espace de quelques jours; une tumeur de la grosseur d'une tête de fœtus apparaissait, les douleurs abdominales violentes reparurent.

Depuis février, les douleurs persistent, deviennent parfois plus fortes et s'irradient dans les jambes, douleurs fulgurantes, surtout dans les mollets.

Perte d'appétit, amaigrissement.

L'abdomen a un volume anormal; il est globuleux. La partie la plus saillante se trouve sur la ligne médiane au niveau de l'ombilic, même lorsque la femme est couchée. Le ventre proémine en avant, mais est aplati sur les côtés, la percussion des flancs donne de la sonorité; la percussion de la tumeur à la partie la plus saillante donne de la matité; toute la tumeur est mate; la matité s'étend en haut jusqu'à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic, à gauche à six travers de doigt en dehors de l'ombilic, et à droite à quatre travers de doigt en dehors.

La tumeur a commencé à droite pour se placer ensuite au milieu; elle descend jusqu'au détroit supérieur; une grande zone de sonorité est interposée entre la tumeur et la matité hépatique. Par l'exploration bimanuelle, on s'aperçoit que les mouvements imprimés à la tumeur, au niveau de l'hypogastre ne sont pas perçus par le doigt appliqué sur le col.

A la palpation, on voit que la tumeur est lisse et arrondie, qu'elle prend naissance dans le bassin. Ses parties supérieures sont arrondies et traversent l'ombilic de trois travers de doigt; sa consistance est uniformément dure, elle est complètement indolore à la pression. Son diamètre transversal égale à peu près seize centimètres.

On fait donner à la malade un bain sulfureux.

10 avril. — On lui donne un purgatif.

11. — Un lavement le matin; à huit heures, une injection sous-cutanée de morphine; à huit heures et demie, M. Tédénat fait l'ovariotomie.

L'abdomen a été rasé et bien désinfecté de la veille. On lave les téguments de nouveau à la liqueur de Van Swieten;

on sonde la malade. Asepsie parfaite de l'opérateur, des aides et de la malade. Anesthésie chloroformique. M. Tédénat commence par faire une incision longitudinale au niveau de la ligne blanche, partant de deux travers de doigt de l'ombilic et s'arrêtant à 4 ou 5 centimètres du pubis. La paroi abdominale est divisée sur la sonde cannelée couche par couche ; on arrive sur le péritoine pariétal et sur le kyste. Le péritoine est adhérent au sommet du kyste. On saisit chaque lèvre de la plaie avec un fil, depuis la peau jusqu'au péritoine ; la tumeur apparaît d'un blanc grisâtre nacré. On enfonce un gros trocart dans le kyste, il s'écoule à peu près un litre d'un liquide épais, filant, de couleur chocolat qu'on ne peut recueillir complètement. A mesure que la tumeur se rétracte en se vidant, on en saisit les bords et les parois avec les pinces à kystes ; on exerce sur elles de légères tractions, le chirurgien a une main dans l'abdomen. Il voit que le kyste provient de l'ovaire droit ; l'ovaire gauche est sain, il énuclée le kyste qui s'engage de plus en plus à travers la plaie. Le pédicule est composé du ligament de l'ovaire, du conduit des trompes.

Comme la tumeur est recouverte par le péritoine viscéral, qui n'est ici qu'une même couche épithéliale, il n'y a eu d'adhérences avec le péritoine qu'au niveau du sommet du kyste, à la paroi abdominale.

Le pédicule est saisi avec des pinces très fortes ; on le ligature avec des fils de soie parfaitement aseptiques, qu'on entre-croise comme les anneaux d'une chaîne. Puis le bout du pédicule est brûlé au thermocautère.

Rien n'est touché dans le péritoine, et il est inutile d'en faire la toilette ; on suture la paroi abdominale par deux plans de suture ; le plan profond comprend le péritoine, les muscles, la peau, et adosse séreuse contre séreuse ; le plan superficiel ne comprend que la peau.

Pansement soigné ; poudre d'iodoforme, gaze iodoformée,

coton hygroscopique en masse, bandages de corps bien serré. La malade est mise au repos complet dans une salle annexe.

Le kyste est montré ensuite à M. le professeur Kiener, qui l'examine et en donne la description suivante :

« La tumeur comprend le tissu ovarien et une partie énormément distendue, le kyste proprement dit. La trompe droite a été aussi enlevée en même temps que l'ovaire; elle est kystique. »

Donc, la tumeur se compose de deux parties :

1° La paroi d'un grand kyste, gros comme la tête d'un fœtus, renfermant des paquets de cheveux emmêlés, implantés sur la surface interne du kyste.

2° D'une partie solide, grosse comme un œuf de dinde. Le kyste renfermait un liquide granuleux de couleur chocolat, un paquet de cheveux emmêlés gros comme un œuf d'oie. La surface interne de la paroi est lisse et blanchâtre; elle est hérissée de cheveux sur certains points; en d'autres points, cette paroi a l'aspect brillant et nacré des épidermes; en d'autres points encore, la paroi n'existe plus, en tant que paroi, mais est remplacée par un tissu pulpeux, mollasse, graisseux; c'est ce tissu qui donne naissance aux grumeaux que nous avons vu surnager dans le liquide. Sur d'autres points, des dépôts fibrineux sont adhérents à la paroi. La principale loge communique avec des loges secondaires dont elle est séparée par des cloisons incomplètes. Sur le bord libre d'une de ces cloisons, est implantée une dent ayant la forme d'une canine; une de ses surfaces est taillée en biseau. Cette dent a une couronne haute de 1 centimètre au moins; c'est la seule partie qui apparaît d'ailleurs: elle est assez solidement implantée.

La deuxième partie solide est absolument compacte, de consistance très dure, et bosselée. Par une coupe suivant

son grand axe, on voit qu'elle est composée d'un tissu blanchâtre légèrement rosé, semé de taches jaunâtres d'un aspect caséux presque confluentes. En grattant la surface de section avec un scalpel, on obtient un liquide crémeux. Dans les bosselures ou nodosités, le tissu est en voie de ramollissement caséux ou puriforme.

11 avril. — Dans l'après-midi, après l'opération, la malade a vomi de la bile à plusieurs reprises. Elle ne souffre pas beaucoup de l'abdomen, la langue est un peu sèche. Pouls, 88 ; température, 37°5. On la sonde à cinq heures ; émission de 300 grammes d'urine claire.

12. — Sondée à six heures du matin. Émission de 385 cc. d'urines chargées d'urates ; pouls, 84 ; température, 37°4. Sondée à trois heures, 245 grammes. Pas de vomissements ni douleurs dans l'après-midi, langue bonne.

13. — Sondée à cinq heures, 250 grammes d'urine ; va bien ; pas de douleur, langue saburrale. Température, 37°.

14. — Température, 36°7. La malade se sent très bien facies normal ; sondée deux fois par jour.

16. — Pas de fièvre, aucune douleur ; facies excellent ; demande à manger. On permet le bouillon ; urine bien avec la sonde : 1,150 grammes par jour.

Température : matin, 36,6 ; soir, 36,5.

17. — Même état. Un peu plus de bouillon.

18. — Le mieux se maintient.

19. — Température : matin, 36°6 ; soir, 36°4.

20. — Température ; matin, 36°4 ; soir, 36°4.

23. — Mieux continu.

25. — On fait le premier pansement, pas de pus ; les lèvres de l'incision se sont réunies par première intention, on enlève les points de suture, on lave, pansement iodoformé et ouate. Bandage de corps.

27. — La malade est constipée, lait glycérimé.

30. — Elle va toujours très bien, on permet à la malade de se lever un peu.

Elle sort le 6, complètement guérie.

Examen macroscopique. — Le kyste a une poche unique dont les parois, dans les 4/5 de la circonférence, ont une épaisseur variant de 1/2 centimètre à 1 centimètre. Le 1/5 qui reste forme la base du kyste, la partie sur laquelle il reposait : ce dernier 1/5 est une masse volumineuse, épaisse de plusieurs centimètres. Composée d'un tissu compact et blanchâtre, la face interne de cette partie n'a pas de paroi appréciable comme le reste, mais forme un ramollissement, un déliquium dont les fragments forment en partie le contenu du kyste, les autres parties de ce contenu étant un liquide grumeleux et des paquets de cheveux gros comme des œufs de poule.

La surface interne de la portion amincie 4/5 est blanche comme de l'épiderme en certains points ; lisse et sans production pileuse sur d'autres points ; on voit de petits poils implantés sur elle. Sur un éperon qui divise incomplètement la poche, on voit une dent solidement implantée, il n'y a pas d'os.

Examen microscopique. — M. Kiener a examiné trois fragments de cette tumeur. Le premier fragment a été pris de la partie compacte et épaisse 1/5. L'examen porte surtout sur la partie externe de ce fragment, car la partie interne tombe en déliquium comme nous l'avons vu.

Cette portion présente les caractères les plus manifestes de l'épithélioma, c'est-à-dire une trame fibreuse, riche en cellules, encombrée de leucocythes, et dans laquelle sont des trainées cylindriques anastomosées entre elles, ou des culs-de-sac bourrés de cellules épithéliales. Dans la partie adjacente à la région externe, les épithéliums sont volumineux et

possèdent des noyaux en voie de division par karyokinèse normale (figures en bâtonnets, etc.) ou pathologique (karyokinèse anormale des épithéliums, taches de chromatine, etc). A une distance de moins d'un centimètre de la face externe, tout le tissu épithélial et le stroma sont frappés de nécrose, ils ont perdu tout indice de structure en se transformant en magma caséiforme.

Le deuxième fragment a été pris sur la partie externe de la grande loge kystique, là où la paroi présentait un petit renflement ovoïde, mais où elle était aussi plus mince. Cette portion présente aussi tous les caractères de l'épithélioma. On n'y voit aucune production de bulbe pileux.

Le troisième fragment a aussi été pris sur la partie supérieure du kyste, là où la paroi est mince. Ici, on rencontre une épaisse couche de tissu conjonctif très riche en cellules, mais se nécrosant à mesure qu'on s'avance vers la surface interne. Là, plus de cellules; le tissu s'est tassé de plus en plus, est devenue hyalin et s'est nécrosé.

Conclusions. — Ce kyste dermoïde présente dans les parties épaisses de tous les fragments examinés la structure typique de l'épithélioma et se creuse de plus en plus par la dégénérescence et la fonte graisseuse de la substance. Les productions pileuses en ont disparu.

CONCLUSIONS

1° La pathogénie des kystes dermoïdes de l'ovaire est encore entourée d'obscurités. De toutes les théories émises pour l'expliquer, celle de l'enclavement nous paraît la plus naturelle et la plus scientifique. Toutefois en admettant, avec la plupart des auteurs modernes, l'origine mésodermique du corps de Wolf, l'enclavement est impuissant à tout expliquer. Pour dissiper toutes les obscurités, il faudrait admettre avec Lefranc un double enclavement, à la fois mésodermique et épidermique. Pour cela, il est de toute nécessité de se ranger à la théorie de His sur l'origine du corps de Wolf. Or cette manière de voir, quoiqu'elle ait été confirmée par les travaux récents de Flemming, demande, pour être définitivement acceptée, la confirmation de nouvelles recherches. Donc, la pathogénie des kystes dermoïdes de l'ovaire reste toujours insoluble.

2° Le plus souvent le kyste dermoïde évolue simplement, mais quelquefois il se complique de kyste prolifère, d'épithéliome, de sarcome ou de myxome.

3° Le pronostic de ces kystes est relativement favorable. Ils ne viennent jamais, sauf complications, très volumineux ; et après l'ablation complète, n'ont aucune tendance à récidiver. S'ils sont quelquefois parfaitement tolérés au point de rester toute la vie inaperçus, ils s'accompagnent fréquemment et assez tôt d'accidents douloureux ou inflammatoires.

4° Aussi une fois reconnus et lorsqu'ils ne sont plus tolérés, y a-t-il indication formelle de les enlever. On ne saurait, en effet, se contenter ici d'un traitement palliatif par les ponctions, par exemple, qui ont les graves inconvénients que nous avons indiqués. L'ovariotomie est formellement indiquée.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- A. BOINET. — Traité pratique des maladies de l'ovaire et de leur traitement.
- DECHAMBRE. — Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.
- HILAIRE LEFRANC. — Thèse de Paris, 1886.
- COUSIN. — Thèse de Paris, 1887.
- POUPINEL. — Thèse de Paris, 1886.
- CRUVEILHIER. — Anatomie pathologique.
- COURTY. — Traité des maladies de l'utérus et de ses annexes.
- BAILLIE. — Anatomie pathologique (traduction Guerbois).
- LEBERT. — Mémoires de la Société de biologie, 1852.
- FLEMMING. — Archives de physiologie, 1886.
- LANNELONGUE. — Traité des kystes congénitaux.
- MAUNY. — Bulletin de la Société anatomique, 1889.
- VERNEUIL. — Mémoire sur l'inclusion scrotale et testiculaire.
— Archives générales de médecine, 1855.
- GEOFFROY SAINT-HILAIRE. — Histoire des anomalies.
- MASSE. — De l'origine des kystes dermoïdes (Congrès français de chirurgie).
- TERRILLON. — Kystes de l'ovaire. Leçons de chirurgie clinique.
- PÉAN. — Leçons de clinique chirurgicale.
- KœBERLÉ. — Archives de tologie, 1878.
- LAWSON TAIT. — Traité des maladies des ovaires, 1886.
- DE SINETY. — Traité des maladies des femmes.
- SPENCER-WELLS. — Des tumeurs abdominales, 1886.
- POZZI. — Traité de gynécologie, 1889.

Vu et permis d'imprimer:
Montpellier, le 5 juin 1891.
Le Recteur de l'Académie,
GÉRARD.

Vu et approuvé:
Montpellier, le 3 juin 1891.
Le Doyen,
A. CASTAN.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque!
